

★ 小児科呼吸器外来 初診時 問診票 ★

お名前： _____ 年齢： _____

出生は _____ 週 _____ 日 体重 _____ g、 _____ cm

1：紹介病院：

2：病歴：いつからどのような症状がありますか？

一番心配なことはなんですか？

3：既往歴：今までにかかったことのある病気があれば教えてください

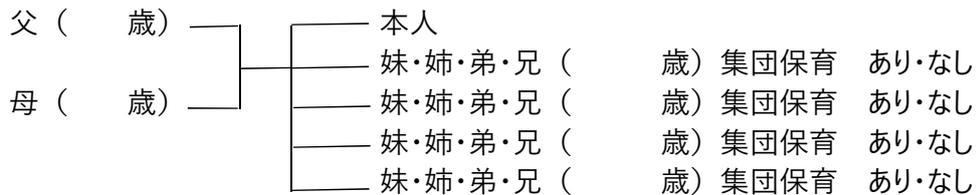
4：その他：現在使用しているものがあれば○をつけて下さい

- ・人工呼吸器（終日・夜間のみ・感冒時のみ）
- ・酸素（終日・夜間のみ・感冒時のみ・家にあるのみで使用なし）
- ・SpO2モニター
- ・気管切開（サイズ：_____）
- ・胃瘻
- ・経管栄養

飲んでいるお薬があれば教えてください

5：家族歴：ご家族の構成・健康状況についてご記入下さい。

同居家族を○で囲んで下さい



当院受診される方へ

- 1) 当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

同意します 同意しません マイナンバーカードを持っていません

※ 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の算定において、マイナンバーカード保険証を利用した場合は2点、利用しない場合は6点となります。

- 2) コロナワクチン接種歴について、教えてください（日付はわかる範囲で構いません）。

受けていない 受けている 最終接種日（ ）回目：____年 ____月 ____日